



Experiência: A Estratégia de Saúde da Família

**Departamento de Atenção Básica
Ministério da Saúde**

Responsável: Elisabeth Susana Wartchow, Coordenadora de Acompanhamento e Avaliação.

Equipe: Ana Beatriz Vasconcelos, Carmen de Simoni, Gilberto Pucca, Núlvio Lerner Junior, Rosa Maria Sampaio e Tharso Nogueira.

Endereço: SAF sul, trecho II, Ed. Premium, torre II, auditório, sala 107, Brasília-DF, CEP: 70070-946

Telefone: (61) 3313-4400

elisabeth.wartchow@saude.gov.br

Data do início da implementação da iniciativa: Janeiro de 1994

Resumo da experiência

A Saúde da Família é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde dessa comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS. A implantação da estratégia de Saúde da Família tem demonstrado significativa melhoria nos indicadores de saúde do país, em especial na ampliação do acesso à saúde da população brasileira, tendo se mostrado também efetiva na redução das iniquidades, cumprindo seu papel de porta de entrada do SUS.

Caracterização da situação anterior

A Saúde da Família foi desenvolvida como a estratégia prioritária para reorganizar o modelo de atenção tradicional vigente no país, centrado na doença, no assistencialismo com ênfase no atendimento hospitalar e respaldado por tecnologias de alto custo. Visa criar um novo olhar sobre as necessidades dos indivíduos e das comunidades.

Descrição da iniciativa

A estratégia Saúde da Família (SF) foi implantada pelo Ministério da Saúde em 1994, tendo como base os resultados obtidos no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, e em outras experiências nacionais já existentes. Serve de porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) e se orienta pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integração, responsabilidade, humanização, equidade e participação social. A SF compreende um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, a cargo das equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal e dos agentes comunitários de saúde (ACS).

A estratégia Saúde da Família aponta para a redefinição de princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais e as regras de financiamento.

Historicamente, a Atenção Básica foi gradualmente se fortalecendo e se constituindo como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), e o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. O Pacto pela Vida¹ definiu como uma de suas prioridades: “consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)”.

A Saúde da Família tem como fundamentos:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde resolutivos e de qualidade, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos: integração de ações programáticas e demanda espontânea, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade² do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do aperfeiçoamento profissional e da educação permanente das equipes de Saúde da Família, em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) e o Ministério da Educação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e VI - estimular a participação popular e o controle social.

Objetivos a que se propôs e resultados visados

Objetivos:

De acordo com o documento oficial da Política Nacional de Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família deve:

I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as equipes da Saúde da Família atuam;

II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

V - ser um espaço de construção de cidadania.

Resultados esperados:

A organização do sistema de saúde influi diretamente sobre o perfil de adoecimento e morte da população e sua qualidade de vida. Diversas pesquisas científicas publicadas mostram que os sistemas de saúde baseados na Atenção Primária ou Atenção Básica são mais efetivos no cuidado e manutenção da vida da população, porque resultam em:

- Menor número de crianças com baixo peso ao nascer.
- Menor mortalidade infantil, especialmente pós-neonatal.

¹ O Pacto pela Vida, junto com Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, é um dos componentes do Pacto Pela Saúde. O Pacto pela Vida reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados, estabelece um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuado de forma tripartite, para ser implementado pelos entes federados. Esses compromissos deverão ser efetivados pela rede do SUS, de forma a garantir o alcance das metas pactuadas.

² A longitudinalidade ou continuidade do cuidado significa o vínculo do usuário com a unidade e/ou com o profissional. Implica na existência de um local, um indivíduo ou uma equipe de indivíduos associados que sirva como fonte de atenção continuada por um determinado período de tempo, independente da presença ou ausência de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema.

- Menor perda de anos de vida para quase todas as causas – exceção para as causas externas.
- Maior expectativa de vida em todas as idades – exceção para aqueles e aquelas com 80 anos de idade e mais.

Público-alvo da iniciativa

O público-alvo dessa iniciativa são os cidadãos brasileiros usuários do SUS.

Concepção e trabalho em equipe

As equipes de SF são multiprofissionais compostas por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, entre outros. As atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica deverão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

São características do processo de trabalho das equipes da SF:

- I - definição do território de atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- II - programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;
- III - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;
- IV - desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;
- V - assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;
- VI - implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;
- VII - realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;
- VIII - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;
- IX - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e
- X - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

Ações e etapas da implementação

As equipes de Saúde da Família vêm crescendo gradativamente desde a sua implantação em 1994, mas com especial aumento a partir de 2003.

Evolução de implantação de serviços e ações de saúde entre 2003 e abril de 2010:

- Equipes de Saúde da Família (ESF): 14.100 novas ESF implantadas (aumento de 100%), alcançando um total de 30.782 equipes, atuando em 95% dos municípios brasileiros, com cobertura potencial de mais de 51% da população brasileira.
- Agentes Comunitários de Saúde (ACS): 60.900 novos ACS implantados (aumento de 34,7%), alcançando um total de 236.399 ACS, atuando em mais de 96% dos municípios brasileiros, com uma cobertura potencial de mais de 60% da população brasileira. Redução de 50% da precariedade dos vínculos trabalhistas dos ACS. Em 2001, 72,4% dos ACS tinham vínculos precários; em 2008, apenas 31,8%, considerando o crescimento de 34,7%. O Ministério da Saúde contribui nessa ação ao criar um incentivo adicional anual de repasse aos municípios voltados ao apoio da garantia dos direitos trabalhistas.
- Equipes de Saúde Bucal: 17.047 equipes novas (740% de aumento), alcançando um total de 19.349 equipes distribuídas em 85% dos municípios brasileiros.
- Centro de Especialidades Odontológicas: política que se inicia em 2003, alcançando um total de 832.
- Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): política que inicia em 2008, inclui outros profissionais da saúde (psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, educadores físicos,

assistentes sociais, etc) para o trabalho junto às equipes de SF (1 núcleo para cada 8 a 20 equipes de SF): 1.080 Nasf implantados em 848 municípios.

Recursos utilizados

Descrição dos recursos humanos, financeiros, materiais, tecnológicos etc.

São itens necessários à realização das ações de atenção básica nos municípios e no Distrito Federal:

I – Unidade(s) Básica(s) de Saúde (UBS), com ou sem Saúde da Família, inscrita(s) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, de acordo com as normas sanitárias vigentes;

II – UBS com ou sem Saúde da Família que, de acordo com o desenvolvimento de suas ações, disponibilize:

- a. equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros;
- b. consultório médico, consultório odontológico e consultório de enfermagem para os profissionais da atenção básica;
- c. área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;
- d. equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica;
- e. garantia dos fluxos de referência e contrarreferência³ aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e
- f. existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente.

O Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, ao longo dos anos, foi sendo estruturado e conta atualmente com uma equipe de colaboradores constituída por consultores contratados, servidores de nível superior, servidores de nível médio, servidores temporários da União (nível superior), estagiários de nível médio e de nível superior. O Departamento de Atenção Básica tem o papel de promover o uso eficiente dos recursos da União, tanto na manutenção das estratégias, como em investimentos na estruturação da rede de serviços de atenção básica em saúde.

Os recursos financeiros são provenientes da União, parcerias com a Organização Pan-Americana da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e com fundações de apoio à pesquisa de universidades públicas federais.

- Orçamento autorizado pela União para 2010: R\$ 10.429.341.916,00;
- Termo de Cooperação Técnica com a OPAS/OMS: R\$ 10.000.000,00 (execução prevista para 2010).

Por que considera que houve utilização eficiente dos recursos na iniciativa?

Como consequência de um processo de desospitalização e humanização do Sistema Único de Saúde, a Saúde da Família tem como ponto positivo a valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar. Antes da criação dos Pisos de Atenção Básica Fixo e Variável⁴ em 1998, os recursos financeiros eram repassados aos municípios de acordo

³ Garantia de fluxos de referência e contrarreferência é a necessidade de definir os mecanismos e as formas de encaminhamentos dos usuários quando necessitarem de procedimentos em outros níveis de atenção secundária ou terciária.

⁴ O Piso de Atenção Básica (PAB), criado pela Portaria GM/MS nº 1.882/97, consiste em um montante de recursos financeiros federais destinados exclusivamente aos procedimentos e ações de atenção básica à saúde.

O PAB fixo é estabelecido por um valor per capita/ano, destinado ao financiamento das ações de atenção básica em geral. Ele é calculado multiplicando-se o número de habitantes de cada município ou do Distrito Federal por um determinado valor. Em 1997, o PAB fixo foi calculado em R\$ 10,00, e atualmente corresponde a R\$ 18,00.

O PAB variável representa a fração de recursos federais para o financiamento de estratégias de organização da atenção básica. Para receber o PAB variável, o município deve aderir a programas de ação na área: Saúde da

com o número de procedimentos hospitalares realizados em cada indivíduo. O sistema de saúde, dessa forma, estava estruturado apenas nos processos da doença.

Considerando o crescimento do orçamento autorizado para a execução das ações do Programa, foi possível o incremento dos Pisos de Atenção Básica Fixo e Variável, que ao longo dos anos possibilitou o aumento da cobertura das equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal e a atuação dos agentes comunitários de saúde nos municípios brasileiros, proporcionando economia nos custos da União no que tange ao atendimento da população na rede especializada de serviços em saúde.

Os recursos financeiros, além de custearem a manutenção das estratégias, podem ser empregados em investimentos na estruturação da rede de serviços em atenção básica em Saúde como, por exemplo, a compra de equipamentos, material permanente e a construção, reforma, ampliação e conclusão de unidades básicas de saúde.

Tabela 1: Crescimento global do orçamento do Departamento de Atenção Básica (DAB)

Ano	Crédito Autorizado	Suplementação	Crédito autorizado + suplementação	Crescimento anual (%)*
2005	5.574.129.201,00	303.488.175,00	5.877.617.376,00	-
2006	6.679.681.929,00	299.586.200,00	6.979.268.129,00	19,83
2007	7.906.673.580,00	115.379.000,00	8.022.052.580,00	18,37
2008	8.591.324.077,00	435.473.370,00	9.026.797.447,00	8,66
2009	9.374.210.611,00	197.969.628,00	9.572.180.239,00	9,11
2010	10.368.106.727,00	61.235.189,00	10.429.341.916,00	10,60

Média e crescimento: 13,32%

* O crescimento anual refere-se apenas ao crédito autorizado.

Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde/MS.

Caracterização da situação atual

Mecanismos ou métodos de monitoramento e avaliação de resultados e indicadores utilizados

Os sistemas informatizados do Departamento de Atenção Básica são desenvolvidos com a colaboração do Datasus – Departamento de Informática do Ministério da Saúde e Fundo Nacional de Saúde. Contribuem para o controle das informações de gestão da atenção básica e auxiliam o acompanhamento da execução financeira de convênios, contratos de repasses e transferências fundo a fundo com as entidades públicas. Entre eles, podemos citar os seguintes sistemas de informação:

- Siab – Sistema de Informações da Atenção Básica;
- SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
- Sisvan – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional;
- Sia – Sistema de Informações Ambulatoriais;
- Sim – Sistema de Informações sobre Mortalidade;
- Sispag – Sistema de Pagamentos Fundo a Fundo;
- Gescon – Sistema de Gestão de Convênios.

Uma das atribuições da esfera federal, expressas na Política Nacional de Atenção Básica, é o monitoramento e a avaliação dos indicadores do Pacto da Atenção Básica, no âmbito nacional, divulgando anualmente os resultados alcançados, de acordo com o processo de pactuação acordado na Comissão Intergestores Tripartite. Essa tarefa é realizada dentro do Departamento de Atenção Básica pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA), que integra o Grupo de Trabalho de Monitoramento do Pacto.

Indicadores da Atenção Básica no Pacto pela Vida 2008, de acordo com a Portaria nº 2.669, de 3 de novembro de 2009:

1. Proporção da população cadastrada pela estratégia Saúde da Família.

2. Proporção de municípios e equipes de Saúde da Família com o projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) implantado.
3. Recursos financeiros próprios (em R\$) despendidos na Atenção Básica.
4. Média anual da ação coletiva escovação dental supervisionada.
5. Cobertura de primeira consulta odontológica programática.
6. Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC).
7. Taxa de internação por diabetes *mellitus* e suas complicações na população de 30 anos de idade e mais.
8. Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas.
9. Proporção de nascidos vivos de mães, com quatro ou mais e sete ou mais consultas de pré-natal.
10. Média mensal de visitas domiciliares por família realizadas por agente comunitário de saúde (ACS).
11. Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para a idade.
12. Percentual de famílias com perfil saúde, beneficiárias do Programa Bolsa Família, acompanhadas pela Atenção Básica.

Resultados quantitativos e qualitativos concretamente mensurados

Além do monitoramento dos Indicadores⁵ do Pacto pela Vida, são desenvolvidos estudos e pesquisas pelo próprio departamento, bem como sistematizados resultados de estudos e pesquisas realizadas no âmbito nacional e internacional sobre o impacto da Saúde da Família na saúde da população brasileira. Alguns deles são apresentados a seguir:

- Macinko (2009)⁶, analisando os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS, 2007), concluiu que a ESF privilegia os mais pobres: as maiores coberturas são de municípios com piores resultados em termos de renda, nível educacional, cobertura de planos privados de saúde e acesso a água e saneamento.
- Barros, Victora et al (2005)⁷ apontaram que a ESF “desempenha papel essencial na provisão de cuidados de saúde aos mais pobres”, tendo apresentado melhores resultados, em termos de promoção da equidade, do que o Programa Nacional de Imunização e o Programa Nacional de Atenção Pré-natal.
- Goldbaum et al (2005)⁸ verificaram que, no município de São Paulo, a renda e a escolaridade não diferenciavam o perfil da demanda e a utilização dos serviços de saúde nas áreas cobertas pela ESF.
- Harzheim et al (2006)⁹ verificaram que, em Porto Alegre, crianças negras apresentaram maiores chances de receber cuidados adequados e similares às brancas nas unidades da ESF do que nas equipes tradicionais.
- Aquino et al (2008)¹⁰ evidenciaram que o impacto da Saúde da Família sobre a mortalidade infantil foi mais forte nos municípios com baixos índices de desenvolvimento humano e maior cobertura da ESF.
- Rocha e Soares (2009)¹¹, analisando dados secundários disponíveis no Datasus e na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), encontraram evidências do alto

⁵ <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/>

⁶ MACINKO, J. Analysis of the Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2007). Draft Text. New York University. 2009.

⁷ BARROS A. J. D.; VICTORA, C G; ALMEIDA, C J; NEUMANN, N A; BERTOLDI, Andréa Damaso. “Brazil: are health and nutrition programs reaching the neediest?” In: Davidson R Gwatkin; Adam Wagstaff; Abdo S Yazbeck. (Org.). Reaching the Poor: with Health, Nutrition, and Population Services. Washington: The World Bank, 2005. p. 281-306.

⁸ GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CESAR, C. L. G. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. Rev. Saúde Pública [online], v.39, n.1. p. 90-99, 2005.

⁹ HARZHEIM, E; DUNCAN, B. B; STEIN, A. T; CUNHA, C. R. H; GONCALVES, M. R.; TRINDADE, T. G.; OLIVEIRA, M. M. C.; PINTO, M. E. B. “Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil”. BMC Health Serv. Res. 2006; 6: 156.

¹⁰ AQUINO, R; OLIVEIRA, N. F; BARRETO, M L. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. American Journal of Public Health: Nov. 13, 2008.

custo-efetividade da Estratégia Saúde da Família, particularmente nas regiões Norte e Nordeste do Brasil e também nos municípios com alta proporção de população rural e baixa cobertura de infraestrutura de saúde pública (acesso a água tratada e sistema de saneamento). Além de efeitos sobre a mortalidade, foram evidenciados efeitos da melhoria da condição de saúde.

- A análise de indicadores de saúde (Brasil, 2008)¹² tem evidenciado uma expansão da ESF significativamente maior nos municípios com menor renda *per capita* familiar. A ampliação da cobertura vacinal e a redução da mortalidade infantil e da desnutrição proteico-calórica têm sido particularmente melhores nos estratos de maior cobertura dessa estratégia e nos municípios de baixo IDH. O controle de doenças crônicas não transmissíveis também tem mostrado maior efeito nesse grupo de municípios, por meio de uma redução mais significativa das hospitalizações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e acidente vascular cerebral (AVC) nas áreas com maior implantação da ESF e menor IDH.

Lições aprendidas

Soluções adotadas para a superação dos principais obstáculos encontrados

Os principais desafios a serem superados já estão identificados e, apesar de todas as soluções para a sua superação não terem sido plenamente adotadas, foram sugeridos:

1. Desafio da Valorização Política e Social da Atenção Primária à Saúde (APS) junto aos gestores do SUS, academia, trabalhadores e população:

- A Atenção Primária capaz de conduzir a comunidade na definição das necessidades e direitos, incorporando o conceito de empoderamento e capital social.
- Os cidadãos satisfeitos com os serviços que recebem defenderão o modelo público e aprovarão o financiamento necessário para sua manutenção.

2. Desafio do financiamento:

- Gestão por resultados: parte dos salários sujeita ao cumprimento das metas de saúde.
- Monitoramento, avaliação, regulação e controle dos recursos.
- Financiamento diferenciado segundo especificidades regionais.
- Os recursos orçamentários da Atenção Especializada superam os conseguidos pela Atenção Básica.

3. Desafio da formação e educação permanente dos profissionais:

- Unidades docente-assistenciais – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde (Portaria Interministerial nº 1.507, 22/06/07) .
- Criação de Departamentos de Medicina de Família.
- Formação em larga escala em serviço.
- Titulação de especialistas – Universidade Aberta, editais de formação.
- Educação permanente nas competências que aumentem a resolutividade.

4. O desafio da prática das equipes:

- Atividades educativas e participativas.
- Capacidade de planejar e avaliar resultados em saúde - avaliação como aprendizagem em situação de trabalho.
- Ampliação das equipes matriciais – Núcleos de Apoio à Saúde da Família.
- Uso adequado de tecnologias.

Fatores críticos de sucesso

O trabalho em um território delimitado sob responsabilidade das equipes da Saúde da Família proporciona a oportunidade de sinergia nas ações com outros setores das políticas públicas. Seguem exemplos de ações intersetoriais realizadas com:

¹¹ ROCHA, R.; SOARES, R. R. "Evaluating the Impact of Community Based Health Interventions: Evidence from Brazil's Family Health Program". Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit Institute for the Study of Labor IZA Discussion Paper No. 4119. April 2009.

¹² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 200 p (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

Ministério da Educação:

- Programa de Saúde na Escola: 1.200 municípios receberam incentivos para 1.378 ESF que atuaram nas escolas, em ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, totalizando um repasse de R\$ 80 milhões aos municípios que aderiram em 2008 e 2009.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome:

- Acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família: seis milhões de famílias são acompanhadas pelas equipes de Saúde da Família.
- Programa Um Milhão de Cisternas: formação dos agentes comunitários de saúde para a manutenção e qualidade da água para consumo humano.
- Mobilização nacional pela Certidão de Nascimento: redução de mais de 50% da falta de registro civil no país.

Ministério do Desenvolvimento Agrário:

- A ampliação do acesso ao SUS a partir das equipes de Saúde da Família, ACS e Saúde Bucal, nos Territórios da Cidadania.
- Criação de Unidades Móveis de Saúde Bucal, nos municípios dos Territórios da Cidadania (TC) que não tinham a presença da Saúde Bucal (51 unidades em 2010).

Ministério da Justiça:

- Formação em EAD, exclusivamente para os profissionais de nível superior das equipes de SF, dos municípios do Mapa da Violência, do curso Supera, realizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad). Mais de 12 mil inscritos para quatro mil vagas, com 90% de profissionais que concluíram o curso.

Ministério da Cultura:

- Editais Saúde em Cultura, em 2009 e 2010, a fim de integrar os profissionais das equipes de Saúde da Família, as comunidades (reforçando o protagonismo juvenil) e os Pontos de Cultura. Em 2009 foram premiadas 215 iniciativas e em 2010 foram 450 propostas, sendo que 120 serão atendidas.

Por que a iniciativa pode ser considerada uma inovação?

O caráter estruturante dos sistemas municipais de saúde orientados a partir da Saúde da Família tem provocado importante movimento de reordenamento do modelo de atenção no SUS. A Saúde da Família busca cumprir os princípios da Atenção Primária à Saúde: ser o primeiro contato da população com ações e serviços de saúde, com integralidade, ao longo do tempo e coordenando os usuários na rede de serviços. Dessa forma, pressupõe-se maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais.

Consideramos também inovadoras as três importantes características que diferenciam o modelo brasileiro da Saúde da Família dos modelos de saúde de outros países:

1. A decisão de as equipes multidisciplinares serem responsáveis por territórios geográficos – as equipes devem reconhecer adequadamente problemas de todos os tipos, sejam eles de ordem funcional, orgânica ou social.
2. A presença singular dos agentes comunitários de saúde.
3. A inclusão da saúde bucal no sistema público de saúde.